FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Jean HOUPERT

PLEURÉSIE PURULENTE INTERLOBAIRE

Cas simulant la tuberculose pulmonaire
Difficultés du diagnostic différentiel

Président : M. RAYMOND, *Professeur.*

Juges : MM. POUCHET, *Professeur.*
GILBERT, *Professeur.*
CARNOT, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parti[illegible] de l'enseignement médic[illegible]

PARIS (VI[e])

LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE MÉDECINE

H. ROUX

2, Rue Antoine-Dubois (Place de l'École-de-Médecine)

1907

FACULTÉ DE MEDECINE, DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	.....
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	.....
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRÉ	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GOUGET	MARION.	THIROLOIX
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

Officier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique des Maladies du système nerveux

Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Arrivé à la fin de nos études, nous nous faisons un agréable devoir de remercier nos maîtres qui ont toujours montré pour nous une grande bienveillance et qui se sont efforcés de nous donner les connaissances cliniques et thérapeutiques nécessaires à l'exercice de l'art médical.

Nous prions les docteurs Delaunay, directeur de l'Ecole, Chrétien, Malapert, Buffet-Delmas, Brossard, Berland, Petit, Faivre, Bessonet, de croire à notre profonde gratitude pour le bon enseignement qu'ils nous ont prodigué pendant deux années à l'école de Poitiers.

Nous sommes particulièrement reconnaissant au professeur Léger, d'avoir bien voulu nous faciliter et nous rendre agréable l'étude de la microbiologie et d'avoir guidé nos premières recherches bactériologiques.

A la Faculté de Médecine de Paris, nous nous honorons d'avoir suivi les leçons de M. le professeur Terrier, à la Pitié, de M. le docteur Demelin, dans le service du regretté professeur Budin, et de M. le docteur Méry, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le docteur Auclair a surtout droit à notre reconnaissance, nous avons suivi son service de consultation tant à la Pitié qu'à Saint-Antoine, et nous lui devons beaucoup, car il nous a beaucoup appris, attirant sans cesse notre attention sur les points cliniques délicats, et en particulier sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

C'est lui qui nous a donné ce sujet de thèse, et nous lui sommes redevable des observations les plus intéressantes de ce modeste travail.

Nous nous proposons, non pas de faire une étude détaillée de la pleurésie purulente interlobaire, mais de montrer les difficultés que l'on peut rencontrer dans son diagnostic et en particulier dans le diagnostic différentiel entre cette affection et la tubercole pulmonaire.

Dans certains cas cette différenciation est impossible par les seuls moyens cliniques ordinaires, il faut avoir recours au microscope qui seul permettra de dire si l'on est en présence d'une lésion bacillaire du poumon ou d'une pleurésie interlobaire.

HISTORIQUE

La pleurésie purulente interlobaire n'a été différenciée et étudiée qu'à une date relativement récente.

Dans les ouvrages anciens, on ne trouve aucune observation précise sur ce sujet. Cela ne doit pas nous surprendre : les praticiens d'alors n'avaient pas à leur disposition les ressources que nous fournissent aujourd'hui l'auscultation, la percussion, les recherches de laboratoire ; et à leurs observations manquait le contrôle anatomique.

Ils ont bien connu les vomiques, mais ne savaient quelle valeur diagnostique leur attribuer.

Ce n'est qu'au commencement du XIX^e^ siècle, grâce aux recherches anatomo-pathologiques entreprises à cette époque que la pleurésie interlobaire fut isolée puis décrite.

Bayle le premier en fait mention, et dit : « Il faut se garder de confondre avec la suppuration de l'intérieur du poumon certains cas de pleurésie chronique, dans lesquels deux lobes d'un poumon contractant des adhérences par leurs bords, il en résulte une poche centrale

dans laquelle se fait un épanchement de pus, alors que le parenchyme environnant est sain ».

Puis vint Laënnec qui, lui aussi, reconnut l'existence des pleurésies partielles, enkystées, et en particulier de ces pleurésies qui se font entre les lobes du poumon. Il combattit l'opinion de ses contemporains qui, attribuaient les phénomènes observés à la formation de véritables abcès, qu'ils désignaient sous le nom de vomiques.

Mais malheureusement ces auteurs ne nous transmirent pas les observations sur lesquelles ils avaient fondé leur description.

La première relation que nous possédons, se trouve dans les cliniques de Lherminier, recueillies par Andral. Nous la rapportons plus loin, elle nous intéresse car le diagnostic ne fut établi qu'à l'autopsie, on avait cru. jusqu'à la fin, à de la tuberculose.

Broussais, Cayol reprenant les théories de Laënnec, prouvèrent que dans la plupart des cas la vomique était due non à un abcès du parenchyme pulmonaire mais à l'irruption dans les bronches d'une collection purulente contenue dans une poche pleurale.

Chomel, étudiant les symptômes de la pleurésie, dit « pour ce qui est de la pleurésie partielle, la vomique est le seul phénomène qui la fasse soupçonner, car la percussion et l'auscultation ne peuvent en atteindre le siège ».

Cruveilhier pense que le diagnostic de pleurésie interlobaire est impossible, que rien pendant la vie ne peut en révéler l'existence : « Le foyer purulent étant

recouvert par une épaisseur plus ou moins considérable de tissu pulmonaire sain et perméable à l'air, l'auscultation et la percussion ne peuvent donner aucun renseignement. »

Baron et Constant (1834) en rapportent de nouvelles observations.

A la suite de ces travaux, la réalité de cette affection fut généralement admise en France; mais des auteurs étrangers, Stokes et Graves (en Angleterre) paraissent encore la confondre avec les abcès du poumon.

Trousseau s'élève contre cette confusion et répétant les recherches anatomo-pathologiques, il établit le diagnostic différentiel entre ces suppurations de la plèvre et les abcès du parenchyme.

Jaccoud se range de l'avis de Trousseau et pour lui la vomique doit toujours être rattachée à une lésion de la plèvre.

Grisolle, Hardy, Béhier parlent peu sur ce sujet et concluent à l'impossibilité du diagnostic avant l'apparition de la vomique.

Diverses thèses ont été faites par MM. Perrier, Mesa, Martinelli.

Vers l'année 1886, le traitement de la pleurésie interlobaire devint un traitement chirurgical et plusieurs thèses rapportent des observations où fut pratiquée la pneumotomie.

Le professeur Potain, en 1892, publie une clinique faite sur ce sujet à la Charité.

En 1900, le professeur Dieulafoy, dans ses mémorables cliniques, établit d'une façon magistrale le diagnostic de

la pleurésie interlobaire et nous aurons à revenir au cours de nôtre travail sur les différents symptômes mis en relief.

En 1899, de Jœgher fait imprimer une thèse sur l'utilité de la radioscopie dans le diagnostic de la pleurésie interlobaire.

Guinon, Tuffier reviennent sur ce sujet et montrent que les erreurs sont très fréquentes.

Béclère indique les services que peuvent rendre les examens radiographiques, enfin de nombreuses observations, dont la plupart sont rapportées dans la thèse de Moitié (Lille, 1904) sont publiées par MM. Grancher, Méry, Klein, Allaire, Guinard, Regnault et d'autres.

Dans presque tous ces ouvrages, nous avons vu mentionner la peine que l'on éprouve parfois à différencier cette lésion de la tuberculose pulmonaire, mais les auteurs ont peu insisté sur ce point ; il nous paraît intéressant d'y revenir, de montrer que ce diagnostic quoique souvent très délicat, est cependant possible quand on emploie tous les moyens que la clinique et le laboratoire mettent à notre disposition.

Ces difficultés de diagnostic varient avec les différents cas ; parfois celui-ci s'impose : c'est quand on trouve réunis les différents signes, mis en lumière par le professeur Dieulafoy (matité suspendue, vomique) ; parfois on ne peut l'établir d'une façon certaine : c'est quand on est en présence de lésions à marche torpide, avec une expectoration peu abondante ; sans véritable vomique, avec hémorragie et lésions pulmonaires inflammatoires.

Nous exposerons les symptômes de cette maladie en

insistant sur ce fait que pour la plupart ils paraissent dus à une lésion du parenchyme ; nous montrerons par les observations que nous avons recuillies que très souvent cette lésion est méconnue et prise pour de la tuberculose pulmonaire, et nous terminerons en indiquant la marche à suivre pour arriver à un diagnostic ferme.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'étude symptomatique de la pleurésie purulente interlobaire, les auteurs modernes ont distingué deux phases, séparées par l'apparition d'un phénomène des plus importants : la vomique.

C'est en effet là un signe qui, par sa seule présence, permet dans nombre de cas d'affirmer le diagnostic. Le clinicien doit en prévoir la venue quand il reconnaît que l'haleine du malade devient fétide. « Cette fétidité de l'haleine permet de présager l'apparition d'une vomique prochaine, devant se montrer dans les quelques jours qui suivent. » (Dieulafoy.)

Cette vomique est plus fréquente et plus précoce que celle de la pleurésie purulente ordinaire et, nous dit M. Chauffard, cela est du à l'hypertension plus forte du liquide collecté dans une poche fermée, privé des voies naturelles d'échappement et aussi au voisinage des grosses cavités bronchiques qui confinent à la plaie interlobaire. Dans la grande cavité pleurale, le poumon fuit devant l'épanchement, quand le pus finit par l'atteindre, il trouve pour s'échapper non de gros tuyaux

bronchiques, mais les terminaisons acineuses du poumon.

Cette vomique présente des caractères différents suivant les cas : souvent le foyer purulent communique largement avec les bronches, le pus est rejeté en assez grande abondance ; on observe en même temps des efforts de vomissements et des quintes de toux.

Le pus est mal odorant, il est jaune verdâtre, mêlé de petits filets de sang.

Dans ces cas l'attention est attirée par la quantité de pus que le malade paraît vomir ; le médecin en est prévenu par ce dernier ou par son entourage et c'est à ce moment seulement que l'on porte le diagnostic de pleurésie purulente : on avait pensé à une pleuro-pneumonie, à une spléno-pneumonie, à de la tuberculose pulmonaire, on hésitait, on attendait pour se prononcer d'une façon certatne ; la vomique survient indiquant nettement la nature de la lésion. Il ne faut pas s'attendre à voir le malade rejeter un demi-litre, un litre de pus comme cela arrive dans certaines pleurésies de la grande cavité pleurale ; la poche ici n'a qu'une faible capacité, elle ne contient que quelques centaines de grammes, c'est par petites gorgées que le pus sera évacué.

Quelquefois même il n'y aura pas, à proprement parler, de vomique.

La collection ne communique avec les bronches que par une petite ouverture ne permettant pas le rejet d'une grande quantité de liquide, le malade tousse et, à

la fin des quintes de toux, il rejette des crachats muco-purulents.

Souvent c'est le matin qu'il expectore le plus, vidant ainsi la poche qui s'est en partie remplie durant la nuit. Dans ces cas on comprend facilement que le médecin qui voit le malade pour la première fois soit tenté de prendre cette sécrétion purulente pour de la bronchorrée ou pour l'évacuation du contenu d'une caverne tuberculeuse, et cette vomique, symptôme qui précédemment, en raison de son abondance, rendait le diagnostic évident, contribue maintenant par son petit volume à faire errer le praticien.

Tels sont les principaux caractères de la vomique. Voyons maintenant les autres signes que l'on peut observer et étudions d'abord ceux qui existent avant l'ouverture de la poche au travers des bronches, puis ceux qui résultent de l'évacuation partielle ou totale du pus et de la pénétration de l'air dans le foyer purulent.

Avant la Vomique.

Cette description a été faite d'une façon magistrale par le professeur Dieulafoy dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu et nous y puiserons de nombreux renseignements.

Au début, le malade se plaint de lassitude, d'affaiblissement musculaire, de douleurs dans les jambes, de

céphalalgie avec frissons passagers, puis il se met à tousser par quintes et rejette quelques crachats muqueux.

Ces troubles surviennent le plus souvent chez un individu jusqu'alors en parfaite santé, plus rarement chez un convalescent.

Bientôt apparaissent deux nouveaux phénomènes : le point de côté et le frisson ; en somme l'attention est attirée vers la poitrine ; on pense à une affection thoracique aiguë commençante.

Le foyer infectieux, étant interlobaire, va retentir sur le poumon et les premiers signes que l'on pourra percevoir seront des signes pulmonaires : en effet, si l'on procède à un examen soigneux qu'observe-t-on ?

A la palpation : les vibrations thoraciques sont conservées et peuvent être exagérées même au niveau des adhérences de la scissure à la paroi.

A la percussion : on trouve, soit en arrière, soit dans l'aisselle, une légère matité ou de la submatité.

L'auscultation fait entendre des râles muqueux, sous-crépitants, et du souffle. La malade tousse, expectore quelques crachats sans caractères, la température oscille entre 38°,5 et 39,5.

Si l'on examine l'autre poumon, on le trouve parfaitement sain : parfois la respiration est plus forte, plus bruyante, simple phénomène de suppléance.

Donc dès le début l'attention est attirée du côté du parenchyme pulmonaire, l'on ne peut porter de diagnostic ferme, les symptômes observés provenant du poumon, l'on ne pense pas à la plèvre et l'on s'attend

à voir évoluer soit une congestion pulmonaire, soit une pneumonie.

Les jours suivants, l'état local restant le même, l'état général s'aggrave, le point de côté persiste et avec lui les frissons ; la fièvre augmente, le malade est baigné de sueurs et s'anémie. L'anorexie est complète, la face pâle, et l'on note de la dyspnée.

« En face de cet état fébrile et dyspnéique, vous n'êtes pas sans quelque appréhension, vous vous demandez si cette lésion d'apparence bâtarde ne cache pas une infection tuberculeuse, vous arrivez ainsi au dixième, au douzième jour de la maladie et la défervescence ne se fait pas, » (Dieulafoy.)

Cependant le liquide augmente dans la poche interlobaire et dans certains cas, quand il arrive à un volume de 200 à 300 centimètres cubes, on peut percevoir un signe sur lequel le professeur Dieulafoy à spécialement attiré l'attention : *la matité suspendue.*

« La percussion finit par délimiter l'existence d'une zone mate, comme suspendue entre des régions plus sonores soit vers la partie moyenne et postérieure du thorax, soit dans l'aisselle ; vous formulez votre diagnostic : il s'agit d'une pleurésie interlobaire. »

Malheureusement il peut arriver que le foyer purulent soit profondément situé et séparé du doigt qui percute et de l'oreille qui ausculte par une certaine épaisseur de tissu pulmonaire sain. Il se dérobe aux moyens habituels d'exploration et ne fournit que des signes incertains, alors que le sommet du poumon fait entendre le plus souvent du souffle bronchique dû à la

compression des bronches par la poche et à la condensation du tissu pulmonaire avoisinant.

On entend des râles muqueux, des sous-crépitants de gros râles humides simulant le ramollissement du parenchyme ; l'auscultation renforce ainsi l'erreur de diagnostic.

Un examen attentif peut indiquer une diminution du murmure vésiculaire superficiel, au niveau de la zone de submatité, cette diminution est due à la compression, entre la paroi et la collection, d'une lame pulmonaire rendue peu perméable à l'air.

Tous ces symptômes font donc penser à une lésion pulmonaire. En outre, quand on considère l'aspect du malade qui est amaigri, qui a des sueurs, de l'insomnie, de l'anorexie, une température de 38° à 39°5, quand on voit que l'affection qui dure depuis plus d'une semaine, depuis plus de deux semaines, ne paraît pas entrer en régression, on est naturellement porté à penser à la tuberculose pulmonaire.

Il est enfin un autre symptôme pas très fréquent, mais qui, lorsqu'il existe, paraît confirmer cette opinion : je veux parler de l'*hémoptysie interlobaire*.

Cette hémoptysie peut se montrer avant ou après la vomique, c'est une hémoptysie abondante et il ne s'agit pas là de simples rejets de crachats sanguinolents ; elle peut se répéter plusieurs fois à des intervalles plus ou moins grands.

On comprend facilement qu'en présence de ces signes le médecin soit presque toujours amené à porter le diagnostic de lésions bacillaires.

Quand l'hémoptysie se fait après la vomique, l'erreur est plus facile à éviter.

Nous voyons ce signe relaté dans les observations publiées par M. Letulle et Segond ; il y eut une quinzaine d'hémoptysies et jamais de tuberculose ; dans un autre cas M. Letulle dit que l'apparition de cette hémoptysie fit craindre une pneumonie caséeuse, il n'en fut rien ; dans les observations que nous avons recueillies ce rejet de sang est plusieurs fois mentionné au cours de la maladie.

Tel est, avant la vomique, le tableau clinique, fourni par l'évolution de la lésion : on voit en présence de quelles difficultés l'on est pour établir le diagnostic et combien, l'idée de tuberculose, qui vient la première à l'esprit, paraît se confirmer.

APRÈS LA VOMIQUE

L'erreur est encore souvent commise. Dans certains cas on peut ignorer ce symptôme important, soit que le malade ne le rappelle pas au médecin, soit que ce dernier, ne songeant pas à la pleurésie, n'oriente pas son interrogatoire en ce sens.

Nous savons d'ailleurs que la vomique peut manquer et être remplacée par une simple expectoration muco-purulente.

Quand la poche pleurale se vide l'examen ne donnera plus les mêmes renseignements : la dyspnée va cesser dans une certaine mesure, l'état général va paraître

meilleur, la fièvre va diminuer, le malade reprendra des forces, la toux deviendra moins fréquente et moins quinteuse. Cette amélioration n'est malheureusement pas définitive et dans beaucoup de cas, au bout de quelques jours apparaissent certains phénomènes indiquant un retour offensif de la maladie. La fièvre se rallume, l'appétit diminue, les sueurs épuisent le malade qui peut avoir une nouvelle vomique amenant après elle une nouvelle période de calme ; mais souvent, quand l'expectoration purulente est commencée, elle continue pendant des semaines se modifiant, augmentant ou diminuant, puis finissant à la longue par disparaître.

Le pus est rejeté pendant les quintes de toux, il est plus abondant le matin, car il s'est accumulé durant la nuit dans la poche pleurale.

Dans les cas heureux, la guérison survient après une convalescence traînante, mais très souvent la vomique n'est qu'un bienfait passager, suivi bientôt d'une aggravation notable de la maladie ; on voit à sa suite une fièvre irrégulière s'établir et l'expectoration rester abondante ; de distance en distance les accidents semblent diminuer et le malade reprend un peu d'espoir, mais il survient une recrudescence, la fièvre finit par avoir raison des forces du malade, la diarrhée apparaît l'alimentation devient impossible et la mort survient au bout d'un temps qui varie avec l'âge et la résistance des individus.

Dans cette seconde phase de l'évolution de la maladie parmi les symptômes que l'on observe, certains diffèrent

de ceux que nous avons étudiés dans le paragraphe précédent.

A la percussion, bien souvent on voit que rien n'est changé : on perçoit encore une matité ou une submatité d'étendue variable siégeant au niveau de la scissure.

Quelquefois on note une sonorité normale, le foyer siégeant profondément et étant recouvert par une lame de poumon intact.

Si l'*on ausculte* : on se rend compte que souvent la respiration est diminuée dans la région que l'on trouvait submate à la percussion. Les vibrations thoraciques sont affaiblies, mais cela est très inconstant.

Le souffle que l'on entendait au début et qui était dû à la compression exercée sur les bronches par la poche purulente est remplacé par un souffle plus fort, souffle amphorique léger assez nettement localisé dont le maximum se trouve à la hauteur de l'angle de l'omoplate.

On peut aussi entendre à ce niveau du gargouillement, du tintement métallique et de gros râles muqueux disséminés et mélangés aux sous-crépitants.

Rarement on obtient le bruit de pot fêlé, sans doute parce que la communication avec la bronche n'est pas assez large, mais on peut avoir de la pectoriloquie comme dans une caverne tuberculeuse.

Dans des cas exceptionnels on aurait, en secouant la poitrine, le bruit de flot : il faut pour cela que le pus soit liquide et non visqueux et adhérent aux parois, caractères qu'il présente ordinairement.

Le bruit d'airain fait défaut, car la cavité ne contient

pas assez d'air et parce qu'elle est entourée de toutes parts de tissu pulmonaire.

Ces signes s'expliquent facilement ; le souffle amphorique se produit seul quand il y a peu de liquide, le courant aérien pénétrant dans la poche en vibrant ; si le liquide est plus abondant, l'entrée de l'air déterminera la production de bulles, d'où le gargouillement.

Ces signes peuvent d'ailleurs disparaître en peu de temps ; l'auscultation ne fait plus entendre de souffle, la respiration est presque éteinte, par contre la matité est plus facilement appréciable, la fièvre augmente et l'expectoration cesse : c'est que la fistule pleuro-bronchique s'est obturée, le pus stagne et remplit la poche l'air n'y ayant plus accès.

Cet état peut durer un jour et plus, après quoi surviennent des quintes de toux qui amènent la désobstruction du conduit et la production d'une nouvelle vomique.

Cette intermittence des symptômes peut se montrer un certain nombre de fois et doit toujours faire penser à la pleurésie interlobaire.

On voit d'après ce court exposé quelles difficultés l'on doit surmonter pour arriver à diagnostiquer cette affection. Aussi nombreux sont les cas où la maladie n'est pas reconnue. La plupart du temps en présence de ces symptômes, on croit avoir affaire à des lésions tuberculeuses, et nous rapportons plus loin quelques observations où ce fut là le premier diagnostic.

Dans plusieurs cas, l'erreur ne fut reconnue que trop

tard ou même à l'autopsie, dans d'autres l'apparition de la vomique vint donner la clef de l'énigme.

Observation I

(Extraite des cliniques de Lherminier, recueillies par Andral).

Un serrurier, âgé de 24 ans, entra à l'hôpital le 16 février 1822. Il nous raconta que, depuis quatre ou cinq mois, il toussait et avait la respiration courte. Jamais il n'avait craché de sang.

Quand il fut soumis à notre examen, il était dans le marasme. La toux était rare ; l'expectoration catarrhale, les mouvements respiratoires courts et rapprochés. Le malade n'avait jamais ressenti aucune douleur thoracique. La poitrine percutée résonnait bien partout. L'auscultation faisait entendre dans tous les points le bruit d'expansion pulmonaire fort et net. Il y avait habituellement un peu de fièvre marquée par la fréquence du pouls et un peu de chaleur à la peau, sans qu'il n'y eut jamais de sueurs. Les fonctions digestives étaient à peu près intactes.

Nous regardâmes cet individu comme atteint de bronchite chronique et peut-être de *tubercules pulmonaires* encore crus avec tissu pulmonaire sain autour d'eux.

Les jours suivants, on entendit sur plusieurs points différentes variétés du râle bronchique (sibilant ou muqueux se confondant souvent avec le crépitant). D'ailleurs même état.

Cependant les forces du malade diminuèrent progressivement ; le marasme augmenta, l'appétit se perdit, une abondante

diarrhée s'établit et le malade succomba un mois environ après son entrée à l'hôpital.

Jusqu'au dernier moment les signes fournis par l'auscultation et la percussion restèrent les mêmes.

L'autopsie montra que l'on était en présence d'une pleurésie purulente interlobaire.

Observation II (résumée).

Martinez-Mesa. (*Thèse*, Paris, 1879.)

Maçon, âgé de 20 ans, n'ayant jamais fait de maladie grave. Depuis quelques mois, il s'est fatigué; il souffre dans le côté droit; tousse souvent et expulse des crachats muqueux.

Il consulte et on porte le diagnostic *bronchite*.

La toux continue et avec elle la dyspnée.

Le malade accuse de la sensibilité du côté droit, de la fièvre, de l'anorexie, de la diminution des forces, des sueurs nocturnes et de l'insomnie.

A son entrée dans le service de M. Legroux à la Pitié on constate : Température, 38°5, pouls à 110, langue saburrale. On trouve de la submatité vers la partie moyenne du poumon droit sans disparition des vibrations; on entend des râles sonores peu nombreux et quelques frottements au-dessous de l'épine de l'omoplate droite.

L'interne, M. Hutinel, croit à une bronchite compliquée de pleurésie sèche, peut-être *bronchite tuberculeuse*.

Le malade eut une vomique qui permit de poser le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire.

Observation III (résumée).

S. de Jaegher. (*Thèse*, Paris, 1899).

Jeune fille âgée de 13 ans. A eu une typhoïde à 5 ans et en est parfaitement guérie.

Un an après, en 1892, elle dut s'aliter à la suite d'un refroidissement : le diagnostic de grippe fut porté ; puis quelques jours après, à la suite de quintes de toux fréquentes, elle eut une vomique purulente. Les symptômes s'amendèrent et l'état général s'améliora rapidement.

En mars 1896, elle eut une rougeole, dont elle se remit en peu de temps ; mais elle commence à tousser un peu, surtout le matin, et à expectorer des crachats blanchâtres sans odeur.

Pendant l'hiver, elle perdait ses forces et s'amaigrissait sensiblement.

En avril 1898 (elle avait alors 12 ans), l'appétit disparut complètement : l'enfant devint triste et se plaignit souvent de céphalalgie, surtout l'après-midi et le soir. Elle toussait fréquemment le matin en se levant, et présenta bientôt un amaigrissement considérable.

Un soir, pendant le repas, l'enfant se plaignit d'une vive douleur dans la poitrine après quelques minutes d'angoisse, elle rejeta, dans une vomique, 150 à 200 grammes de pus jaunâtre mélangé à quelques aliments, mais sans odeur particulière.

Six semaines plus tard la poche semblait s'être vidée, brusquement l'aspect de la malade changea et elle reprit rapidement des forces.

A part une légère expectoration le matin au réveil, et cela rarement, elle semblait tout à fait remise.

Trois mois après la santé paraissait parfaite, quand, au commencement de septembre, les maux de tête reparurent ; elle

eut de nouveaux accès de fièvre le soir, et le matin une toux sèche ; l'appétit disparut à nouveau.

Craignant l'invasion de *la tuberculose*, nous lui fîmes prendre de l'arséniate de soude, de la créosote et de l'huile de foie de morue en recommandant le plus possible l'aération et la vie au dehors.

L'état s'aggrava rapidement.

Le docteur Quénu, qui ne connaissait pas la malade, fut appelé à l'examiner en notre absence, et voici le résultat de son examen pratiqué le 5 octobre.

« Immobilisation presque complète de la partie supérieure de la cage thoracique à gauche.

« Matité presque absolue en avant et dans l'aisselle, mais s'étendant beaucoup plus bas en arrière.

« Vibrations thoraciques très diminuées.

« A l'auscultation : souffle au sommet, craquements humides dans la zone mate.

« A droite et à la base, en un point limité, râles sous-crépitants.

« Rien d'ailleurs dans tout le poumon droit, sinon une respiration supplémentaire. »

Ces renseignements le portent à croire à une *tuberculose au second degré*, commencement du troisième degré.

Tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet gauche avec adhérences pleurales nombreuses ayant immobilisé et affaissé la paroi thoracique de ce côté.

Toutefois, en raison de l'intermittence nette et absolue des symptômes, il fait des réserves au point de vue de l'existence d'une pleurésie purulente.

L'examen bactériologique ne montre toujours pas l'existence de bacilles de Koch.

Quelques jours plus tard, le docteur Prouff ayant examiné à nouveau l'enfant écrivait :

« Pour tout médecin non prévenu l'auscultation en ce moment conduit droit au diagnostic : *Tuberculose cavitaire...* »

Le docteur Netter et le docteur Quénu consultés, nous conseillèrent de faire venir l'enfant à Paris, si son état lui permettait le voyage.

Le 17 octobre, le docteur Prouff écrivait ce qui suit :

« L'état général s'est amélioré depuis ma dernière lettre. L'état local était exactement le même jeudi, quand je l'ai examiné avec les docteurs L... et G... Ces messieurs ont trouvé aussi, qu'à moins d'être prévenu, on ne pouvait que diagnostiquer :

« *Enormes cavernes tuberculeuses*, mais que les renseignements, la fétidité des vomiques, les trois analyses négatives imposaient le diagnostic de pleurésie interlobaire.

« L'examen radioscopique fut fait et confirma le diagnostic. »

La guérison survint lentement mais sans nécessiter d'intervention chirurgicale.

Observation IV

Publiée par le docteur Dartigues. Dosimétrie, 1900.

Le jeune B..., qu'on me dit malade depuis fort longtemps, me fait demander vers la fin de novembre dernier. Ses parents me racontent que leur fils est tombé malade en août ; qu'à la suite d'un bain il fut pris de courbature avec fièvre, léger point de côté et expectoration teintée de sang ; qu'ils ont appelé leur médecin et qu'à la suite d'un traitement convenable, le malade a été assez rapidement remis sur pied. Mais que quinze jours après, à la suite d'un nouveau refroidissement, la toux et les crachats sont revenus pour ne plus disparaître. Pourtant, en se soignant, il vaquait à ses occupations.

Mais bientôt l'affaiblissement survint et des sueurs nocturnes apparurent. A la moindre marche, à la moindre fatigue, il avait un peu d'oppression, il existait des douleurs dans la poitrine.

La fièvre se montra quelques jours mais ne dura point. En septembre apparurent de nouveaux crachats sanglants qui étaient rendus en plus grande abondance quand le temps était pluvieux. Bientôt ces crachats devinrent épais et purulents, puis infects, ce caractère devait persister jusqu'à la fin.

Le médecin déclara que le malade était devenu poitrinaire, et qu'il n'y avait plus qu'à lui donner des soins de consolation, la terminaison devant être forcément funeste. Je rappelle cette opinion non pas pour la critiquer ou m'en faire une parade inconvenante, mais au contraire parce qu'elle émane d'un des médecins que le corps médical bordelais honore et estime le plus. Volontiers j'invoquerai son témoignage, car il a été tenu au courant des événements, et il n'a pas été le moins surpris du dénouement qu'ils ont eu.

Quoi qu'il en soit, en présence de ce décourageant pronostic et aussi de la rareté des visites de ce médecin qui faisait ce que nous faisons tous ou presque tous dans ces cas désespérés, les parents du jeune homme désirèrent prendre un avis.

C'est alors que je fus appelé. Je le répète, c'était fin novembre: le malade étant arrêté depuis trois mois et ayant eu sa première atteinte en avril, il y avait près de six mois qu'avait débuté et que durait le mal.

On m'avait prévenu que j'avais affaire à un malade de la poitrine. L'opinion était faite dans la maison et dans tout le quartier.

Le fait est que le diagnostic semblait inscrit sur le visage de ce malheureux garçon et, à ma première visite, je fus frappé de l'altération de ses traits, de sa paleur et de la teinte anémique de ses muqueuses. Pourtant l'appétit n'était pas entièrement perdu ni le sommeil, et l'amaigrissement ne correspondait pas au reste, tout en étant sensible. La toux était fréquente et quinteuse et l'expectoration abondante et fétide: un crachoir était rempli par jour. Ce detail me frappa singulièrement.

Des sueurs nocturnes fatiguaient beaucoup le malade, mais il n'y avait ni vomissements ni diarrhée.

J'avoue que prévenu en quelque sorte du diagnostic, et par les commémoratifs et par le tableau que j'avais sous les yeux je me livrai (je le confesse à dessein et avec insistance pour que mon exemple serve d'encouragement aux autres) je me livrai avec mollesse et une sorte de découragement à l'exploration de la poitrine.

Je me contentai d'inspecter le dessous des clavicules comme on le fait d'habitude et j'y trouvais :

Du côté gauche : de la résonnance exagérée et deux ou trois foyers de souffle caverneux, qu'on circonscrivait aisément, avec une pectoriloquie bien accentuée.

Le côté droit était sain.

Je me relevai, persuadé que j'avais affaire à une phtisie encore unilatérale, que le précédent médecin était dans le vrai et que le traitement devait être continué.

Les jours suivants je n'eus pas de raison de penser autrement et je restai quelque temps sous la même impression.

Un matin pourtant, après une séance attentive de percussion et d'auscultation, je fis la remarque que les cavités révélées par les souffles n'occupaient pas leur siège habituel, mais se trouvaient à deux ou trois centimètres plus bas. Je songeai qu'il n'y avait en somme que des hémoptysies insignifiantes, que l'embonpoint, tout en ayant diminué, n'était pas en rapport avec les lésions locales, qu'il n'y avait point de fièvre et je voulus examiner à fond mon malade.

Dans ce but je le fis déshabiller complètement, je mis sa poitrine à nu et je me livrai à de nouvelles et plus complètes investigations.

Bien m'en prit effectivement, car je trouvai, dans toute l'étendue du côté gauche, à partir du quatrième espace intercostal, en arrière et dans l'aisselle, une matité absolue.

A l'auscultation, en arrière, silence complet, mais dans l'aisselle, aux fortes inspirations tous les phénomènes appelés cavitaires ; toux, voix et respiration caverneuses, amphoriques. A ce niveau les vibrations avaient disparu.

En partant de l'aisselle, pour aller rejoindre les clavicules, on retrouvait les deux ou trois souffles doux, caverneux, qui m'avaient d'abord frappé, mais que je trouvais maintenant saccadés, perceptibles aux deux temps de la respiration et d'un timbre assez singulier.

En possession de ces indices, je n'hésitai pas à rejeter l'opinion d'une hépatisation du poumon gauche. Un bloc solide produirait d'autres phénomènes et ne poduiraient pas ceux qui existaient.

Je me trouvai là en présence d'un épanchement pleurétique dont il restait à déterminer la nature et la qualité.

Après en avoir recherché le symptôme soi-disant pathognomonique (la production de la pectoriloquie aphone toutes les fois que le liquide n'est point purulent), je m'arrêtai, par exclusion, à l'idée d'un épanchement séro-purulent, attendu que les signes de la suppuration franche manquaient presque absolument...

. . . . . .

Cataplasmes sinapisés, granules de codéine, d'iodoforme, puis plus tard le nitrate de pilocarpine (méthode du docteur Ferran, de Lyon) avec la teinture d'iode ; les inhalations d'eau phéniquée qui restait en permanence dans la chambre, enfin, le régime lacté, diurétique tout autant que comme modificateur de la nutrition.

Quant à la thoracentèse, je ne voyais aucune indication de la pratiquer.

Je n'insisterai pas sur les péripéties de cette longue période de tâtonnements et d'hésitations qui dura deux longs mois avec des alternatives diverses. Bientôt j'eus la satisfaction de voir l'épanchement se résorber et les frottements apparaître : en même temps les couleurs de la santé revenaient au malade. Les souffles s'effacèrent peu à peu, seule l'expectoration persistait.

Enfin le malade alla bientôt se promener. En février, il re-

prenait son travail et aujourd'hui, tout, même l'expectoration a disparu.

Observation V (résumée).

Gazette médicale de Nantes, 1901.

Mme L..., âgée de 39 ans, se présente le 27 août 1900 et rapporte ce qui suit :

« Le 16 février 1898; après un refroidissement, je fus prise de frissons et d'une douleur lancinante dans la poitrine, chaque respiration augmentait la douleur. Vers la fin de mars, mes crachats sentirent mauvais et devinrent jaunâtres, l'appétit avait disparu.

« Le mois suivant, je fus prise d'un point de côté violent et un docteur appelé déclara qu'il s'agissait d'une fluxion de poitrine.

« De temps en temps j'avais des crachats sanglants, surtout dans les jours qui précédaient les époques.

La fièvre était forte, la toux fréquente, le sommeil pénible ; le 15 juillet, j'eus la visite d'un second docteur, qui pensa que j'étais atteinte de *tuberculose* quoique, d'après sa déclaration, j'eusse les *sommets en bon état.*

« Je suis partie à la campagne et le médecin de l'endroit me croyait aussi atteinte de *tuberculose*, d'ailleurs guérissable.

« Le 1er octobre, je reviens à Nantes très améliorée, huit jours après je retombais, obligée de garder le lit, mon état s'aggravait. Je fis venir un troisième docteur, qui, lui aussi, me dit que j'étais atteinte de *tuberculose pulmonaire.*

« Vers les premiers jours de janvier, j'eus de nouveau un fort crachement de sang. Je fus prise quelques jours après de mal de gorge avec extinction de voix. la faiblesse augmenta et avec elle la toux et l'expectoration. »

Le docteur Klein examine la malade à cette époque.

« Le thorax ne présente pas de déformation, la palpation est douloureuse.

A l'inspection on ne constate pas d'une façon sensible de rétraction du côté droit, à la mensuration on trouve 1 centimètre en moins.

Les vibrations thoraciques sont augmentées à droite dans toute l'étendue du poumon droit, mais surtout en avant.

A la percussion, on trouve difficilement une zone de trois travers de doigt submate dans la ligne axillaire droite.

A l'auscultation, en arrière, la respiration est très pure aux deux sommets. l'expiration est prolongée.

A la base du poumon droit, on trouve une inspiration rude presque soufflante.

On n'entend aucun râle, il n'y a ni bronchophonie, ni œgophonie, ni pectoriloquie aphone. Du côté des phalanges, on note une légère déformation hippocratique.

La recherche du bacille de Koch fut faite deux fois sans résultat positif.

L'examen radioscopique seul permit de faire le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire.

Observation VI

Publiée par le docteur Regnault dans les *Archives générales de médecine*, 1905.

Fistule pleuro-sous-cutanée et abcès en bouton de chemise dans un cas de pleurésie purulente enkystée à pneumocoques simulant la tuberculose pulmonaire.

Le malade est un étudiant en médecine ; nous n'avons observé personnellement que la dernière période de son affection, mais

nous pouvons reconstituer son histoire clinique grâce aux notes qu'il a prises sur lui-même.

M. L... est actuellement âgé de 23 ans, rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires, il a eu la rougeole à 4 ans, depuis lors jusqu'à 21 ans, M. L... n'a eu aucune maladie. En 1902, au moment où il entrait dans un régiment de ligne, il mesurait 1 m. 60 et pesait 59 kilogrammes.

Peu de temps après son incorporation, il présente une légère angine avec extinction de voix incomplète, puis, le 29 décembre 1902, il est hospitalisé avec la mention « Bronchite ».

La feuille d'hôpital porte les observations suivantes :

29 décembre. *Poumon gauche.* — Vibrations légèrement diminuées.

Inspiration rude et prolongée.

Expiration soufflante.

Pas de bronchophonie. Pectoriloquie aphone dans le tiers supérieur.

30 décembre. On recherche en vain le bacille de Koch dans les crachats.

3 janvier 1903. Ronchus et râles sibilants au sommet droit comme au sommet gauche

26 janvier. Ces phénomènes de congestion ont diminué à gauche. Râles muqueux à gauche, sibilants à droite. Peu de crachats, peu de toux.

7 février. Sortie avec mention : « Grippe et congestion pulmonaire », trois mois de convalescence.

Le malade note seulement une sensation de pesanteur dans l'épigastre gauche, a une toux sèche et violente provoquant des vomissements après les repas.

5 mars. Etouffement subit traité par ventouses, pointes de feu.

L'amaigrissement continue, céphalée persistante, les cheveux tombent. Le médecin, tenant compte de l'état général, des râles muqueux perçus à gauche, des ongles hippocratiques, porte le

diagnostic *de tuberculose pulmonaire caséeuse* très avancée et juge le malade perdu.

Un nouveau médecin prend la direction du traitement.

19 mars. Nouvelle crise d'étouffement. Syncope.

Voix normale, expectoration verdâtre, muco-purulente peu abondante.

Nouvel examen permet de constater l'absence de bacilles de Koch.

Le médecin traitant pose néanmoins le diagnostic de *tuberculose pulmonaire* et fait des injections de cacodylate de soude.

1er avril. Légère amélioration, nous examinons le malade : l'expectoration a disparu, toux sèche.

Léger déplacement du cœur à droite, matité, égophonie : nous conseillons au malade d'appeler l'attention de son médecin traitant *sur la plèvre* et le déplacement du cœur.

Puis nous ne revîmes le malade qu'un peu plus tard et nous utilisons ses notes pour suivre l'évolution de sa maladie :

7 juin. M. L... est envoyé à la campagne, pèse 49 kilogrammes, il sort au grand air, mais est rapidement essoufflé ; après les repas toux sèche, avec rejet d'une partie des aliments.

Fin juillet. Le malade considéré comme *tuberculeux est réformé.*

Le malade rentre en ville en septembre : dyspnée et toux persistent, douleur en arrière au-dessous de l'omoplate gauche.

En février 1904, dans le septième espace intercostal gauche, puis dans le neuvième, apparaissent deux petites tumeurs dures, puis fluctuantes, l'inférieure plus grosse est incisée et il s'écoule un liquide épais et verdâtre.

Le jeune M. L... revient nous voir en mars 1904. Son amaigrissement, son facies émacié, son teint jaune terreux, ses ongles hippocratiques et l'historique de la maladie imposent au premier abord le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

A l'examen de la poitrine on trouve :

A droite, un souffle de respiration net.

A gauche, en avant, des râles muqueux peu abondants. une respiration soufflante, une sonorité presque normale.

En arrière : De la matité et l'abolition du murmure vésiculaire.

L'incision de l'abcès du septième espace intercostal laisse sourdre du pus et des fongosités.

Au-dessous dans le neuvième espace intercostal, autre tumeur fluctuante.

Le malade prétend avoir un *abcès froid* thoracique, provenant d'une carie costale due à une piqûre de la côte à l'occasion d'une ponction exploratrice. C'est le diagnostic d'un confrère des plus distingués.

Le 4 avril nous pratiquons l'incision de la tumeur inférieure, il s'écoule du pus épais, visqueux, verdâtre.

Mais le 23 avril la poche est reformée, incisée de nouveau ; elle se reproduit en 24 heures, elle communique en effet avec une poche intrathoracique, il s'agit donc d'une *pleurésie enkystée.*

Le 20 mai, on fait une pleurotomie : issue d'un litre et demi environ d'un pus crémeux, filant, visqueux, verdâtre, d'odeur alliacée. Drains dans la poche pleurale, lavages.

L'examen du pus montre :

1° Absence de bacilles de Koch.

2° Présence de diplocoques et de cocci encapsulés prenant le gram.

Le 19 octobre. Le malade est à peu près guéri. Poids, 60 kilogrammes ; taille, 1 m. 80; périmètre thoracique, 0 m. 82.

Les deux poumons fonctionnent bien, cependant le murmure vésiculaire est plus faible en arrière à gauche qu'à droite.

Hémothorax gauche moins sonore que le droit.

Frottements et léger bruit de cuir neuf à l'inspiration.

Observation VII (résumé)

Recueillie dans le service de M. Letulle (*Thèse* Pailhas, 1889).

Un camionneur, âgé de 23 ans, entre le 6 avril 1888 dans le service de M. Letulle.

Le début de sa maladie date de novembre 1887. A cette époque, il s'aperçoit de l'existence d'un point de côté, avec fièvre et toux quinteuse.

Il rentre à l'hôpital de Mascara où on le soigne pour pleurésie, le point de côté continue, avec fièvre et anorexie. Il revient en France, est soigné chez lui pour *bronchite* jusqu'au mois d'avril ; il n'a pas craché de sang mais présente une expectoration très abondante, en outre il a des sueurs la nuit et vomit après les quintes de toux.

Il se décide à aller à l'hôpital Tenon. On constate une grande oppression, chaque inspiration détermine une douleur vive dans le côté, l'aspect du malade est pâle, anémié, ses pommettes sont rouges.

Température : 37° le matin, 38°5 le soir. L'expectoration est très abondante, elle est spumeuse, légèrement puriforme.

La percussion révèle de la submatité au sommet gauche, la sonorité est normale, plutôt exagérée vers la partie moyenne, à droite la sonorité est normale.

A gauche, l'auscultation dénote l'absence du murmure vésiculaire dans la partie moyenne avec râles humides éloignés, quelques-uns à timbre amphorique et résonnant. Pas de timbre amphorique de la voix, pas de succession hippocratique.

Fin avril. Une ponction exploratrice ne donne aucun résultat : elle est faite à la partie inférieure du poumon gauche vers le point où la sonorité cesse et où elle est remplacée par de la matité avec absence du murmure vésiculaire.

Il y a à ce niveau de la pectoriloquie aphone très nette.

La partie moyenne semble devenir moins sonore et les râles y augmentent.

On pense à une *pneumonie gauche caséeuse*. Du 10 au 25 juillet il y eut des *hémoptysies* très abondantes qui ne cèdent qu'à l'ergotine.

Le sommet droit semble présenter de la submatité avec expiration prolongée et râles fins à l'inspiration.

En septembre, on observe de la déformation hippocratique des doigts.

L'analyse des crachats et l'évolution ultérieure de la maladie font poser le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire. Ce malade opéré par M. Segond, sort guéri le 28 février.

Observation VIII (résumée).

Thèse, Pailhas, 1889.

Un employé de commerce, âgé de 40 ans, entre le 18 mars, salle Lorrain, N° 5, dans le service de M. Letulle.

Au mois de janvier il fut pris de malaises et était entré dans le service de M. Moizard ; il avait de la fièvre, se plaignait de nausées, vomissements, de quelques douleurs thoraciques, devenant intenses pendant les accès de toux. Crachats rouges. Amaigrissement.

Il sort en mars, quand deux ou trois jours après il est repris de toux avec inappétence et crache quelques filets de sang. Il entre de nouveau à l'hôpital et on l'envoie salle Lorrain. Le 21 mars il eut une *hémoptysie* abondante à cinq heures du soir : sang rouge, d'odeur fétide.

L'examen de la poitrine révèle une déformation à gauche : le thorax est aplati et porte les traces d'un vésicatoire ancien.

La percussion dénote de la matité vers le tiers moyen du poumon à gauche.

A l'auscultation on trouve, à droite, la respiration faible à la base.

A gauche, absence du murmure vésiculaire dans la partie moyenne du poumon. Egophonie.

Le 22 et le 23 mars apparaissent des vomiques indiquant nettement la nature de la lésion.

Observation IX

Due à l'obligeance de M. Jules Auclair
Médecin des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade âgé de 40 ans, dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de spécial.

A 24 ans, il eut une bronchite avec hémoptysie, il alla en Algérie, d'où il revint guéri après une longue convalescence. Depuis il ne fit aucune maladie grave ; rien à signaler sauf un léger penchant pour les boissons alcooliques et essences.

Le 20 juin 1903, à la suite d'un refroidissement, il ressent tout à coup un violent point de côté à droite en même temps que des frissons. Il est pris de fièvre et se couche.

Il est examiné deux jours après et on note ce qui suit :

Facies émacié, avec sueurs abondantes, pas de délire. La température oscille entre 39° et 39°5. le pouls est rapide, mais bien frappé.

Symptômes fonctionnels. — Douleur vive à droite, mal localisée. Toux fréquente; expectoration peu abondante et muco-purulente.

Symptômes physiques. — Matité dans toute la hauteur du poumon droit. Vibrations diminuées.

Respiration lointaine, soufflante dans toute la hauteur du poumon.

Pas de râles. Bronchoégophonie. Pectoriloquie aphone. On pense avoir affaire à une *lésion bacillaire du poumon* (sans doute pneumonie caséeuse) avec retentissement sur la plèvre de la grande cavité.

Les antécédents du malade militent en la faveur de ce diagnostic.

Le lendemain, c'est-à-dire le 23 juin, on fait une ponction exploratrice et on retire facilement 20 centimètres cubes d'un liquide jaune citrin, fibrineux, contenant peu de lymphocites.

L'examen des crachats est fait et l'on ne constate pas la présence du bacille de Koch.

Les jours suivants les signes restent les mêmes : cependant le liquide paraît diminuer, la température s'abaisse un peu.

Vers le douzième jour de la maladie les symptômes ne changeant pas, on décide de faire une ponction évacuatrice.

On introduit un trocart dans le sixième espace intercostal, mais on ne peut retirer que 50 grammes d'un liquide citrin ayant les mêmes caractères que précédemment.

Après la ponction les signes stéthoscopiques restent identiques.

L'état paraît s'améliorer un peu, la fièvre diminue, descend à 38°, cependant que l'exporation devient plus abondante.

Les crachats sont de nouveau examinés, on pratique cinq ou six fois, sans résultat positif, la recherche du bacille de Koch. On inocule des cobayes : sans plus de succès.

Le docteur Auclair en examinant le malade fut frappé de voir que les lésions n'occupaient qu'un seul poumon, que l'autre était entièrement sain.

En présence de cette constatation, et s'appuyant sur l'absence du bacille tuberculeux dans les crachats, il croit à l'existence d'une pleurésie purulente interlobaire.

Plusieurs ponctions sont faites sans que l'on puisse ramener de pus.

Le 10 juillet, la matité et le souffle persistent toujours, mais

la température est redescendue à 37°, le malade se lève et mange. Cet état de bien-être dure quatre jours.

Le 13 juillet, la fièvre se rallume, le 14 à dix heures du soir le malade est pris d'une quinte de toux avec suffocation, il rejette une assez grande quantité de liquide purulent, putride : le foyer s'est ouvert dans une bronche ; il s'agissait bien d'une pleurésie purulente interlobaire.

Dès le lendemain on le transporte à la Pitié pour y être opéré, mais à peine a-t-il respiré les premières bouffées de chloroforme qu'il a une syncope et meurt.

L'autopsie ne put être faite, mais la vomique avait confirmé le diagnostic posé en dernier lieu.

Observation X

Due à l'obligeance de M. Jules Auclair, médecin des Hôpitaux.

Mlle X..., âgée de 22 ans, habitant une petite ville de province, est prise, en janvier 1903, d'une toux légère, persistante. L'état général est bon et demeure ainsi jusqu'à la fin du mois de février. A cette époque la toux augmente, la malade expectore quelques crachats sanguinolents ; ses parents inquiets font venir un médecin qui ne constate aucun signe du côté de la poitrine, les deux poumons respirent normalement.

L'état reste le même, Mlle X... continuant à tousser, à cracher quelques filets de sang de temps à autre, sans pour cela cesser de sortir.

Ce médecin continuait à la surveiller, l'auscultant à plusieurs reprises ; son attention fut attirée du côté du sommet droit : « il semblait que du côté du sommet droit un travail morbide se préparait, la respiration laissait à désirer, mais rien de net ne paraissait ».

Le 15 juin, la malade s'éveilla brusquement dans le courant de la nuit, en proie, écrit-elle plus tard, « à une douleur vive dans le côté du sein droit, qui me remontait jusqu'à l'épaule et redescendait dessous le bras, m'empêchant de respirer ». En même temps la fièvre s'allumait.

Dès le lendemain le médecin appelé constate les signes suivants :

« La douleur du côté restait toujours vive, le thermomètre marquait 39°.

« La toux était accompagnée d'une expectoration abondante consistant en crachats nummulaires franchement purulents, nageant dans une grande quantité de mucus, souvent striés de sang. On pouvait évaluer à un verre ordinaire la quantité des crachats rendus dans les 24 heures. »

Au sommet du poumon droit on entendait un souffle tubaire, avec des râles muqueux frisant le gargouillement.

La percussion permettait de délimiter une zone mate dans la même région.

Le médecin traitant et un confrère appelé en consultation concluaient à l'existence d'une *pneumonie tuberculeuse évoluant autour d'une caverne centrale.*

L'examen des crachats fut négatif : pas de bacilles de Koch, mais l'état de la malade répondait au diagnostic porté ; la fièvre était vive, la faiblesse extrême, l'amaigrissement considérable.

Cependant, il y eut, pendant quelques jours, une amélioration manifeste, quand soudain, le 16 juillet, Mlle X... eut une *hémoptysie* abondante, avec fièvre, on crut la fin proche et tout le monde s'attendait au dénouement fatal.

Le docteur Jules Auclair eut l'occasion de la voir au début du mois d'août, il fut surpris de voir que les lésions siégeaient non au sommet, mais au niveau du tiers moyen du poumon ; le sommet était indemne, la respiration y était un peu plus forte, simple phénomène de suppléance.

Auscultant le côté opposé, il constate l'intégrité absolue du

poumon gauche, tout de suite il admet la possibilité de l'existence d'une pleurésie purulente interlobaire, excluant l'idée de lésions tuberculeuses.

L'examen des crachats, leur inoculation au cobaye montra qu'ils ne renfermaient aucun bacille de Koch ; le diagnostic s'affirmait, il s'agissait bien d'un foyer purulent siégeant au niveau de la scissure.

La malade, rassurée, se remit à manger, reprit des forces et actuellement se porte à merveille.

DIAGNOSTIC

La lecture des observations qui précèdent permet de voir combien l'erreur est fréquente, et nous pensons que si la pleurésie interlobaire ne tient pas une plus grande place dans la littérature médicale, c'est que, dans nombre de cas, elle est encore méconnue.

Bien des fois une affection dont l'évolution ressemble à celle d'une maladie aiguë du poumon, mais qui traîne en longueur, n'est autre chose qu'une pleurésie purulente interlobaire, qui trop souvent passera inaperçue.

C'est avec la tuberculose pulmonaire que la confusion est généralement faite, on porte le diagnostic de pneumonie caséeuse, de bacillose à marche torpide, de vastes cavernes, et on institue un traitement approprié ; nous verrons plus loin quelle importance cela présente et quel bénéfice peut retirer le malade quand on reconnaît de bonne heure la nature de sa lésion.

Tous les auteurs qui ont étudié la marche et les symptômes de cette collection purulente, au niveau de la plèvre interlobaire, ont noté combien cette différenciation était difficile ; beaucoup concluaient même à son impossibilité.

Aujourd'hui cette opinion est exagérée, et nous montrerons que, si beaucoup de symptômes sont communs à ces deux affections, on peut cependant se prononcer d'une façon certaine.

Quand le médecin a assisté au début de la maladie et qu'il a pu en suivre les différentes étapes, il est dans les meilleures conditions pour ne pas en ignorer la nature.

Les frissons, le point de côté, la fièvre, la toux, lui indiquent qu'il doit orienter ses recherches du côté de la poitrine. A ce moment il ne pense pas encore à la bacillose. Si la douleur thoracique est intense et ne disparaît pas bientôt, si la percussion lui permet de délimiter une zone mate entre deux zones sonores, il lui vient à l'esprit la possibilité puis la probabilité d'une lésion pleurale, aussi quand survient la vomique il n'est pas surpris, il l'attendait, et son apparition confirme le diagnostic.

Nous n'avons pas à nous occuper de ces cas toujours reconnus, nous voulons insister sur les difficultés que l'on éprouve à différencier la pleurésie purulente interlobaire de la tuberculose pulmonaire, quand certains symptômes importants font défaut : matité et vomique, quand ils revêtent une forme particulière : vomique fractionnée, ou quand on se trouve en présence d'un incident tel que l'hémoptysie qui fait tout de suite croire à la bacillose.

Le début brusque peut manquer, le frisson être moins solennel ; le foyer purulent recouvert par une lame pulmonaire, profondément situé, ne se révèle pas à la per-

cussion, les vibrations thoraciques ne sont pas abolies, alors si le malade se met à cracher du sang, phénomène rare mais qui peut se produire en dehors de la vomique, on se croit autorisé à porter le diagnostic de lésions tuberculeuses.

L'état du malade paraît confirmer cette idée : il maigrit, perd ses forces, a de la fièvre, de l'anorexie.

Parmi nos observations nous voyons cette hémoptysie notée cinq fois (Obs. IV, V, VII, VIH, X), et la mention pneumonie caséeuse figure trois fois (Obs. VI, VII, IX).

Dans le cas étudié à l'observation VIII le sang expulsé présente un caractère particulier : il est doué d'une odeur fétide, quoique franchement rouge, il devait être mêlé à une petite quantité de pus, dès le lendemain, en effet, la malade avait une vomique abondante.

Si le diagnostic est difficile pour le médecin qui a suivi la maladie dès son début, il l'est encore plus pour celui qui est appelé pendant son évolution.

L'interrogatoire le renseigne mal, il attribue le début brusque qui existe souvent à une lésion aiguë, mais voyant que l'état ne s'améliore pas, que cela traîne en longueur, il pense que le bacille de Koch a trouvé dans cet organisme affaibli un excellent terrain et qu'il y exerce ses ravages.

Les signes reconnus à l'auscultation semblent révéler des lésions du parenchyme ; submatité, légers craquements, râles sous-crépitants, vibrations conservées quelquefois augmentées, expiration soufflante, même

souffle léger, sont attribués à un commencement d'induration pulmonaire.

Comme dans la tuberculose, le malade a des sueurs, une toux sèche sans expectoration notable, il est oppressé, a de l'anorexie et quelquefois des vomissements.

Comme un tuberculeux, il a de l'insomnie, perd ses forces, présente des crachats teintés de sang ou de véritables hémorragies.

Il est vrai que l'auscultation ne fait rien entendre au niveau des sommets, c'est seulement vers le tiers moyen du poumon que l'on trouve quelques modifications de la sonorité ou du bruit respiratoire, mais avec un peu de bonne volonté, on peut attribuer ces signes à une adénopathie péri-bronchique.

La brusquerie du début, la localisation des signes, l'étude des antécédents, éveillent seules l'attention du médecin.

Mais ce sont là des nuances qui peuvent échapper : un diagnostic qui se base sur des signes aussi vagues est un diagnostic que l'on ne fait pas ou que l'on fait quand la lésion n'existe pas.

Heureusement la vomique vient souvent renseigner le praticien ; elle est en général assez abondante pour ne pas passer inaperçue.

Mais elle peut être fractionnée, en imposer à première vue pour de la bronchorrée ou être prise pour l'élimination du contenu puriforme d'une caverne intra-pulmonaire.

Dans les observations rapportées plus haut on peut

voir que l'ouverture de la poche pleurale ne donna pas toujours issue à une grande quantité de pus ; dans la moitié des cas (obs. I, IV, V, VI, X) il n'y eut qu'une expectoration muco-purulente abondante.

Cependant il faut bien savoir que cette expectoration présente des caractères permettant de la rattacher à sa véritable cause :

Quand le pus est évacué au dehors c'est subitement ; la veillle le malade ne rejetait que des crachats muqueux, tout à coup ils deviennent purulents, abondants, s'accompagnant de quintes de toux, d'odeur plus ou moins fétide. C'est surtout la matin, au réveil, qu'ils sont expulsés en grande quantité.

Certains auteurs ont pensé que ce rejet de pus pouvait être regardé comme provenant de l'expulsion d'une masse caséeuse, ramollie, liquéfiée ; mais cette opinion paraît inexacte : on ne peut pas croire à l'existence d'une caverne tuberculeuse quand on voit un malade qui n'avait pas encore craché rejeter tout à coup un flot de pus, ou même expectorer pendant des jours et des semaines des crachats muco-purulents, doués souvent d'une certaine fétidité.

Dans la tuberculose, l'expectoration ne change pas aussi brusquement de physionomie ; on est en présence de crachats nummulaires, moins purulents, et l'auscultation indique des lésions plus étendues, dont le début est plus ancien.

D'ailleurs, la meilleure pratique consiste à en faire l'examen microscopique et l'inoculation ; nous reviendrons sur ce point que nous jugeons essentiel.

Voici donc le foyer purulent en communication avec les bronches, le pus est en partie évacué et l'air va pouvoir y pénétrer.

Si on examine le malade pour la première fois à ce moment, on risque fort de passer à côté du vrai diagnostic et de conclure à l'existence d'une caverne tuberculeuse.

Les symptômes fournis à l'auscultation par la poche interlobaire sont analogues à ceux que présenterait une cavité intrapulmonaire : souffle amphorique, tintement métallique, râles muqueux et râles sous-crépitants s'observent dans les deux cas.

On aura ici et là de la pectoriloquie aphone et quelquefois le bruit de pot fêlé ; rien ne permet donc au clinicien de savoir à laquelle de ces deux affections il a affaire.

C'est alors qu'il faut examiner avec le plus grand soin le malade, ausculter, percuter les deux poumons dans toute leur hauteur ; on obtiendra ainsi des renseignements précieux.

Dans les cas de pleurésie interlobaire, la plupart du temps le sommet est sain : les lésions siègent plus bas, au niveau de la scissure interlobaire « qui commence à 6 centimètres environ du cône pulmonaire, se dirige en bas et en avant et vient se terminer immédiatement au-dessus de sa base qu'elle intéresse quelquefois quand elle est très oblique. Simple pour le poumon gauche, elle se bifurque dans le poumon droit, l'une de ses branches suivant son trajet primitif, l'autre se portant en haut et en avant ».

Ces signes fournis à l'examen auront donc leur maximum d'intensité au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du poumon, c'est-à-dire seront perçus dans les cinquième et sixième espaces intercostaux.

Le sommet sera indemne, quelquefois il y aura une respiration plus intense ; simple phénomène de suppléance. Cette localisation bien nette des lésions, qui restent cantonnées à un territoire restreint, n'envahissant pas les tissus qui les entourent, ne manquera pas de frapper un observateur attentif.

La matité ou la submatité, que la percussion indiquera, sera dirigée parallèlement aux arcs intercostaux, sous la forme d'une bande large de 3 à 5 centimètres, dirigée de la colonne vertébrale à la partie moyenne de la ligne axillaire et jusqu'au sternum.

Le souffle est facile à localiser, il présente son maximum d'intensité à la hauteur de l'angle de l'omoplate.

On pourrait, d'après ces symptômes, croire à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique, mais celle-ci évolue d'une façon insidieuse, sans début brusque, sans fièvre élevée ; elle s'accompagne de cornage et détermine une diminution du murmure vésiculaire de tout un côté de la poitrine, avec sonorité normale.

Donc, localisation des signes au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux, sommet sain ou ne présentant que des lésions insignifiantes ; voilà

des raisons qui font hésiter à prononcer le mot tuberculose.

Les observations III, IV, VI, X nous le montrent bien, et c'est après ces premières constatations que l'idée de pleurésie purulente interlobaire vint aux médecins qui examinaient les malades dont il est question.

Si maintenant on étudie le poumon opposé, on le trouve absolument sain : l'auscultation indique une respiration normale, la percussion une sonorité parfaite ; nous aurions donc chez le même individu un poumon absolument sain et un autre porteur de lésions considérables : caverne volumineuse avec zone de ramollissement autour. Ce n'est pas là l'allure clinique habituelle de la bacillose : si d'un côté on trouve une caverne aussi nette, de l'autre l'auscultation indique l'évolution d'un processus morbide plus ou moins avancé se révélant soit par des sous-crépitants, soit par des râles humides de ramollissement, soit même par un souffle indiquant l'existence d'une cavité analogue à la première.

Donc, l'intégrité du second poumon doit militer en faveur du diagnostic : pleurésie purulente et contribuer à faire rejeter celui de tuberculose pulmonaire.

De même que l'expectoration change subitement de physionomie, de même ici c'est subitement que les signes donnés par l'auscultation vont présenter des caractères nouveaux.

Dès que la poche communique avec les bronches, dès que le pus va pouvoir s'évacuer au dehors, l'examen

nous révèlera l'existence d'une cavité étendue avec souffle, gargouillement, tintement métallique, et cette cavité qui est presque née sous l'oreille du médecin, qui est apparue avec une très grande rapidité, dans les jours qui suivront, ne s'accroîtra pas sensiblement : elle atteint d'un seul coup ses dimensions définitives.

Les lésions tuberculeuses se forment plus lentement ; d'abord difficiles à reconnaître, elles s'accroissent petit à petit, envahissant de proche en proche les territoires voisins, elles sont en général multiples et siègent au sommet ; les antécédents du malade peuvent enfin fournir des données précieuses.

Nous avons dit, dans notre second chapitre, que la maladie pouvait évoluer très lentement, présentant de temps en temps des intermittences très nettes dans ses symptômes. On peut voir l'expectoration cesser et être remplacée par quelques rares crachats muqueux. La fièvre augmente, la matité devient plus perceptible. Le malade est pris de dyspnée, il maigrit, puis au bout de quelques jours, pendant une quinte de toux, il a une nouvelle vomique, amenant après elle une phase d'amélioration.

C'est que la poche ne communiquait plus avec les bronches, la fistule s'était obstruée ; il y avait rétention du pus.

Dans la tuberculose on n'observe pas ce phénomène avec autant de netteté. Le processus destructif a créé une voie large permettant aux sécrétions muco-purulentes d'être facilement expulsées et ayant peu de tendance à se refermer.

Telles sont les constatations que l'on peut faire et qui permettent au praticien de formuler le diagnostic de pleurésie purulente.

Mais il en est d'autres qui permettent d'affirmer la nature de la lésion. On doit toujours y recourir dans les cas douteux et l'on sait qu'ils sont la majorité.

Etudions-les, en commençant par la moins sûre : la ponction exploratrice.

Lorsque l'on est en présence d'un ensemble de symptômes qui font penser à l'existence d'un épanchement dans la grande cavité pleurale, pour en acquérir la certitude on fait une ponction exploratrice.

Une aiguille de seringue hypodermique est introduite au niveau d'un espace intercostal, et, en l'enfonçant, on la fait pénétrer dans la poche qui contient le liquide; puis, par aspiration, on en recueille une petite quantité.

Si, au lieu d'un épanchement séreux, on a affaire à du pus, la ponction exploratrice réussit moins bien, mais si ce pus est, comme c'est le cas dans la pleurésie purulente interlobaire, entouré d'une coque pleurale épaisse bourgeonnante, séparé de la paroi par une lame de tissu pulmonaire, on a bien des chances de ne pas arriver jusqu'à lui.

On fait dans certains cas cinq ou six tentatives; on attend quelques jours, on recommence mais sans plus de succès.

D'ailleurs, quand bien même l'aiguille arriverait jusqu'au foyer purulent, l'on de serait pas toujours certain de ramener du pus.

La lumière de l'aiguille peut s'obturer, le liquide épais ne pas y pénétrer.

Enfin, il est souvent difficile de savoir à quel point précis il faut faire la ponction.

On voit que cette constatation, qui a une grande valeur quand elle est positive, en a beaucoup moins quand elle est négative, et de ce que l'on n'a pas extrait de pus au moyen de la seringue, l'on n'a pas le droit de conclure qu'il n'en existe pas.

Les deux points qui nous restent à développer ont une tout autre valeur diagnostique et, grâce à eux, on peut dans tous les cas affirmer la réalité de la pleurésie purulente interlobaire; ce sont : l'examen radioscopique et l'examen des crachats qui montre toujours l'absence du bacille de Koch.

Nous savons différencier macroscopiquement les crachats tuberculeux de l'expectoration mucopurulente qui est un des symptômes de la pleurésie interlobaire, nous avons vu que dans certains cas cette distinction était très difficile à établir et que l'on ne peut baser sur elle un diagnostic ferme.

C'est alors que le laboratoire vient en aide à la clinique : on fait un examen microscopique et chez ce prétendu tuberculeux on est surpris de rencontrer des pneumocoques, des streptocoques, des staphylocoques, mais jamais de bacilles de Koch.

On se dit qu'une expérience négative n'a pas une grande valeur scientifique : on recommence, on fait plusieurs analyses, les constatations sont les mêmes : absence complète du bacille tuberculeux.

Non content cela, on veut avoir d'autres preuves, on fait une inoculation au cobaye (Obs. X) : celui-ci reste indemne, il ne devient pas tuberculeux.

Est-il donc possible que, chez un sujet porteur de lésions aussi étendues, qui crache depuis longtemps, dont la tuberculose est une tuberculose ouverte, on ne puisse jamais trouver le germe de la maladie, au cours de recherches nombreuses et bien menées ? Nous ne le croyons pas et dès lors nous devons attribuer à une autre cause l'existence de cette cavité intrathoracique ; cette poche n'est pas due au ramollissement et à l'expulsion d'une masse caséeuse, mais bien à un foyer de pleurésie purulente interlobaire qui se vide à travers les bronches.

C'est à cette conclusion que l'on est arrivé dans nombre de cas et les observations en font foi : l'analyse montra toujours l'absence du bacille dans les crachats (Obs. III, V). Dans l'observation VI, cette constatation fut faite trois fois en janvier, mars et mai ; le sujet guérit bien prouvant ainsi qu'il n'était pas tuberculeux.

Le malade dont l'histoire clinique est rapportée à l'observation IX, vit ses crachats analysés six ou sept fois, l'analyse fut toujours négative.

Enfin deux recherches, l'inoculation au cobaye confirmèrent dans le dernier cas le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire.

Dans un cas unique nous avons noté la présence de bacille dans l'expectoration : après plusieurs examens infructueux on finit par en trouver.

Leur absence pendant de longs mois, puis leur apparition s'expliquent facilement : il s'agissait d'un homme profondément débilité par sa maladie et qui fournissait à la tuberculose un excellent terrain de culture, d'ailleurs presque aussitôt l'autre poumon était atteint.

Chez les enfants les lésions tuberculeuses sont moins souvent que chez l'adulte localisées aux sommets ; l'examen du pus prend alors une grande importance.

Mais si la vomique fait défaut, les crachats peuvent être déglutis par le petit malade : on peut alors les recueillir au moyen d'un lavage d'estomac.

Donc analyse fréquente de l'expectoration et si l'on n'y trouve pas de bacille de Koch, il faut rejeter l'idée de caverne tuberculeuse.

Il est enfin une recherche à laquelle il est bon de se livrer dans les cas douteux : l'examen radioscopique.

A l'état normal la scissure interlobaire sépare le poumon en deux zones, mais les feuillets de la plèvre viscérale sont trop minces et trop transparents aux rayons Röntgen pour être accessibles à l'examen radioscopique ; leur image se confond avec celle que donne le tissu pulmonaire voisin.

Mais s'il existe un épanchement interlobaire, nous pourrons le reconnaître à l'apparition entre deux zones claires d'une zone obscure au niveau des quatrième et cinquième espaces intercostaux.

La malade dont il est question dans l'observation V fut examinée par M. Klein et voici ce qu'il mentionne :

Ecran sur le dos de la malade.

Tout le thorax s'éclaire, les sommets du poumon sont transparents et l'inspiration ne décèle aucune différence de teinte entre les deux. A la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du poumon droit on voit une zone obscure ; le poumon est transparent et sa transparence s'accuse de plus en plus pendant l'inspiration ; les mouvements du diaphragme sont plus étendus à droite qu'à gauche ; mais à droite le diaphragme remonte plus haut. Le cœur semble normal.

Si on fait incliner la malade à droite on voit la partie la plus externe de la bande obscure se foncer davantage tandis que la partie interne devient plus claire.

Le même phénomène se produit quand elle s'incline à gauche.

Ecran sur le thorax.

Les sommets sont transparents, on voit la bande obscure, mais moins nettement qu'en arrière.

Cet examen radioscopique doit être fait toutes les fois que le diagnostic est hésitant et il donne souvent la solution du problème.

On peut faire ensuite une radiographie qui confirmera les données précédentes et grâce à laquelle on pourra par la suite se rendre compte de l'évolution des lésions.

Le diagnostic de pleurésie purulente interlobaire

réputé autrefois impossible si l'on ne voyait pas survenir la vomique, ne nous paraît pas aujourd'hui au-dessus de nos forces, et cela présente une grande importance : il n'est pas indifférent au médecin de savoir si son malade est un pleurétique ou un tuberculeux. Le pronostic est, en effet tout autre : un tuberculeux présentant des lésions aussi avancées est fatalement voué à une mort prochaine, tandis que la plupart du temps notre pleurétique est guérissable et il l'est d'autant plus facilement que le traitement rationnel est institué plus tôt. Beaucoup ont succombé qu'une intervention opportune aurait sauvés.

Le malade lui aussi tire un réel bénéfice de ce diagnostic ferme : il reprend courage quand il sait qu'il n'est pas poitrinaire ; et l'on voit cette personne, qui avait fait le sacrifice de sa vie, voyant ses dernières espérances emportées avec ses dernières forces, lutter pour retrouver la santé perdue, suivre avec attention les recommandations du médecin, son traitement, et quand elle constate du mieux, quand elle a foi dans le pronostic moins sévère, la guérison arrive plus vite ; le moral étant meilleur, le physique reprend le dessus plus rapidement.

Le tuberculeux, même guéri, si la guérison complète peut jamais survenir, n'en a pas moins devant lui un avenir sombre, il est sujet aux rechutes et malgré les apparences d'une excellente santé il porte en lui une tare ; le pleurétique, une fois sa maladie terminée, n'est pas plus susceptible qu'une autre personne, il se rétablit entièrement et pour toujours.

CONCLUSIONS

I. — La pleurésie purulente interlobaire est d'un diagnostic délicat et peut longtemps passer inaperçue. On la confond souvent avec la tuberculose pulmonaire.

II. — Cette confusion s'explique par l'absence relativement fréquente des symptômes cardinaux : matité suspendue, vomique.

III. — Le diagnostic peut cependant être fait en se basant sur des examens répétés des crachats et sur la radioscopie.

Vu par le Président de la thèse :
RAYMOND.

Vu par le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

HOUPERT

BIBLIOGRAPHIE

Perrier. — Pleurésie interlobaire suppurée. *Thèse*, Paris, 1878.

Martinez-Mesa. — Pleurésie interlobaire suppurée. *Thèse*, Paris, 1879.

Breton. — Pleurésie purulente prise pour un anévrisme de l'aorte. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1905, p. 292.

Regnault. — Observation rapportée n° 6. *Archives générales de Médecine*, 1905, p. 711.

Chauffard. — Pleurésie interlobaire. *Journal des Praticiens*, 1905, p. 387.

Martinelli. — Pleurésie interlobaire aiguë. *Thèse*, Paris, 1885.

Paihlas. — Pleurésie interlobaire suppurée. *Thèse*, Paris, 1888.

Méry. — Pleurésie purulente simulant une broncho-pneumonie. *Journal de Médecine Interne*, 1905, p. 189.

Hue. — Signe de la pleurésie. *Thèse*, Paris, 1888.

Millet. — Empyème gangréneux interlobaire. *Thèse*, Paris, 1889.

Grancher. — Diagnostic et traitement de la pleurésie interlobaire. *Revue de la thérapeutique médico-chirurgicale*, 1900, p. 117.

Dieulafoy. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, tome III.

Guinon. — Difficultés du diagnostic de la pleurésie interlo-

baire. *Bulletin et mémoire de la société médicale et thérapeutique*, 1899.

Botain. — Médecine Moderne, 1892, p. 418. *Union médicale*, 1892, p. 480.

Sarrouy. — Pleurésie enkystée. *Thèse*, Paris, 1892.

Maugery. — Pleurésie latente et abcès froid de la plèvre. *Thèse*, Paris, 1899.

Moitié. — Pleurésie interlobaire. *Thèse*. Lille, 1904.

Gueneau de Mussy. — *Archives de Médecine*, 1879.

Jaccoud. — Article : Pleurésie. Pathologie interne.

Payat. — *Thèse*, Paris, 1891.

Schwartz. — Pleurésie à signes pseudo-cavitaires chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1905.

Beclère. — *Presse Médicale*, mars 1902-1903.

Moutard-Martin. — Pleurésie purulente. *Thèse*, Paris, 1872.

Cartaz. — Revue critique sur la pneumotomie. *Gazette médicale*, 1884.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)